

A MOTIVAÇÃO PARA REALIZAR O AUTO-EXAME DA MAMA: UMA APLICAÇÃO DA TEORIA DA AÇÃO PLANEJADA

Maria Alice M. D'Amorim
Carla Maria A. de Freitas
Gláurea A. Chrockatt de Sá¹
Universidade de Brasília

RESUMO - Um questionário, baseado em modelos de crenças sobre saúde e na teoria da ação planejada, investigando o conhecimento e a prática do auto-exame da mama foi respondido por 178 mulheres. Os resultados mostram um bom nível de conhecimentos acerca dos cuidados gerais com a saúde e do auto-exame da mama. As crenças acerca da prática do auto-exame foram favoráveis, mas a preguiça, as preocupações e o esquecimento foram as razões mais freqüentemente apresentadas como barreiras à sua prática regular. Entre as variáveis do modelo de ação planejada duas influenciaram a intenção de realizar o auto-exame: as opiniões das pessoas relevantes e a experiência anterior desta prática, explicando 24% da variância obtida. As mulheres foram então separadas em dois grupos, segundo sua prática do auto-exame. Para o grupo que pratica o AEM a opinião dos outros em geral, a percepção do controle sobre o comportamento e a confiança em saber executá-lo bem, explicaram 36% da variância na intenção. Para o segundo grupo 28% da variância obtida foi explicada por um nível mais baixo de escolaridade e pela opinião das pessoas relevantes.

Palavras-chave: crenças sobre saúde, auto-exame da mama, cuidados com a saúde, teoria da ação planejada, mulheres brasileiras.

MOTIVATION FOR BREAST SELF-EXAMINATION: AN APPLICATION OF THE THEORY OF PLANNED ACTION

ABSTRACT - A questionnaire based on health belief models and the theory of planned action was answered by 178 women, on their knowledge and practice of breast self-exam. (BSE). Results show a good

Alunas de Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília.
Endereço: Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia, UnB, 70910 - Brasília, DF.

level of knowledge about general health care and BSE. Beliefs about doing BSE were favorable, but laziness, personal worries and forgetfulness were presented as the main barriers to its regular practice. Among the variables of the planned action model two of them influenced the intention of performing BSE; the opinions of relevant others and the experience of prior practice, explaining 24% of the variance in the behavioral intention. The women were then separated in two groups, on the basis of their practice of BSE. For the practicing group, the opinions of others, the perception of control over the behavior and their confidence in performing the BSE explained 36% of the obtained variance. For the group of non performers, 28% of the variance was explained by a lower educational level and the opinions of relevant others.

Key-words: health believes, breast self-exam, health care, theory of planned action, brazilian women.

INTRODUÇÃO TEÓRICA

O câncer da mama é um dos mais freqüentes, afetando cerca de 9 por cento das mulheres de 18 a 60 anos (American Cancer Society, 1980). A história familiar ligada a esta doença parece ser um dos fatores que aumentam o risco da mulher vir a ter este tipo de câncer; segundo Sattin, Rubin, Webster, Huezo, Wingo, Ory e Layde (1985), no caso de câncer de parenta de primeiro grau, o risco da doença aumenta de 2,3 quando comparado ao índice geral para a população. Um dos fatores que podem favorecer o combate aos danos causados pelo câncer da mama é o diagnóstico precoce, que pode melhorar consideravelmente o prognóstico clínico (Backer, 1982).

A detecção deste tipo de câncer tem, na mamografia, um método altamente efetivo (Backer, 1982). O custo deste exame porém, reduz sua utilização em larga escala, de modo a abranger a totalidade da população em risco. O auto-exame da mama é seguro e sem custo, podendo ser praticado por todas as mulheres adultas, se para isto estiverem motivadas e treinadas.

A relação entre o estágio do câncer da mama no diagnóstico e a prática do auto-exame foi estudada nos estados de New York e Massachussetts por Greenwald, Nasca, Lawrence, Horton, McGarrah, Gabriele e Carlton (1978) e por Foster, Lang, Constanza, Worden, Haines e Yates (1978) em Vermont. As duas pesquisas mostram que o auto-exame leva à detecção e ao diagnóstico do câncer de mama em um estágio inicial, diminuindo a probabilidade de metástase e aumentando a de sobrevivência. Greenwald e colaboradores (1978) sugerem que a mortalidade por câncer de mama pode ser reduzida em cerca de 20 por cento com a prática do auto-exame.

Em 1981, Huguley e Brown realizaram na Georgia uma pesquisa com 1092 mulheres das quais 67 por cento vinham praticando o auto-exame, sendo que 34 por cento o faziam mensalmente; à medida que subia o nível de escolaridade, maior era o índice de prática do auto-exame da mama. Os resultados acerca da idade concordam com os de Foster e colaboradores (1978), mostrando também uma correlação negativa significativa entre a idade e o auto-exame da mama.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS IMPORTANTES NA PRÁTICA DO AUTO-EXAME DA MAMA

O auto-exame da mama tem sido amplamente divulgado como prática preventiva do câncer, porém só recentemente surgiu o interesse sobre os fatores sócio-psicológicos que determinam esta prática. Estudos sobre este comportamento mostram que as mulheres, embora conscientes das recomendações médicas, não estão suficientemente informadas acerca da técnica deste exame, sendo que os levantamentos mostram que apenas cerca de 25 por cento das mulheres praticam o auto-exame mensalmente (Foster e colaboradores, 1978). O nível da prática é pois insuficiente, considerando especificamente a frequência da recomendação médica e as campanhas de divulgação deste hábito, realizadas nos Estados Unidos.

Constata-se a necessidade de estudar os antecedentes sócio-psicológicos deste comportamento, ligando a frequência com que a mulher faz o auto-exame à sua confiança nele como detector do câncer, a seus sentimentos acerca do próprio nível de risco, e à sua valorização das práticas de saúde (Howe, 1981). Um estudo com mulheres negras verificou que o índice de mortalidade por câncer da mama é maior do que o das mulheres brancas, entre as de menos de 40 anos. Neste estudo, a frequência da prática do auto-exame estava relacionada à crença na sua utilidade, à aprovação social recebida por este comportamento, ao tipo de treinamento recebido, e à confiança na capacidade de realizar corretamente o auto-exame (Jacob, Penn e Brown, 1989).

Pode-se constatar uma grande dificuldade em persuadir mulheres, de idades variadas e níveis sócio-econômicos diversos, a realizarem o auto-exame periódico dos seios como medida de prevenção secundária do câncer da mama, apesar das constantes recomendações médicas. No caso de muitos problemas de saúde, o estabelecimento de hábitos comportamentais adequados seria grandemente facilitado pela obediência a princípios psicológicos básicos e pelo apelo a modelos explicativos de comportamento já consagrados pela prática. (Stachnik, 1980).

Entre os autores que tentam elucidar a relação atitude-comportamento estão Fishbein e Ajzen com a Teoria da Ação Racional. (Fishbein e Ajzen, 1975; Ajzen e Fishbein, 1980).

Partindo do pressuposto de que grande parte do comportamento humano é racional e volitivo, estes autores elaboraram um modelo explicativo do comportamento através da intenção comportamental e de seus dois determinantes, a atitude comportamental e a norma subjetiva. As crenças que o indivíduo tem, acerca de um objeto ou comportamento, irão constituir sua atitude, e o valor por ele atribuído às expectativas de pessoas significativas será transformado em norma subjetiva; atitude e norma constituem, segundo Fishbein e Ajzen (1975), os únicos fatores psicológicos com influência direta sobre o comportamento. Os demais elementos da vida psíquica atuam sobre a intenção comportamental e a ação, através destes dois fatores.

Este modelo foi recentemente ampliado por um dos autores (Ajzen 1985; 1987; 1988), a fim de incluir a percepção de controle sobre o comportamento. Esta variável, de caráter não motivacional, influencia a intenção comportamental, na medida em que corresponde às limitações objetivas de oportunidades e/ou recursos financeiros. Com a introdução deste novo elemento, a teoria passou a chamar-se Teoria da Ação Planejada.

Este trabalho tem como objetivo o estudo da prática do auto-exame da mama, utilizando como estrutura teórica básica o modelo da Teoria da Ação Planejada. Às três variáveis incluídas no modelo foram acrescentadas, pelas autoras, várias outras, consideradas importantes por diversos autores.

Assim, segundo o modelo, a atitude em relação ao comportamento (AT) é influenciada pelas crenças comportamentais (CC); a esta influência foi acrescentada a da percepção da própria susceptibilidade à doença (SS), citada por Ronis e Kaiser (1989), bem como a importância do reconhecimento de possíveis barreiras à realização do comportamento (BA), com base no estudo de Hill, Gardner e Rassaby (1985). A norma subjetiva, além de ser função das crenças normativas (CN) passou a ser considerada como influenciável pelo exemplo das demais pessoas, percebido como uma norma comportamental (NC), de acordo com a opinião de Grube, Morgan e McGee (1986), e pelos comportamentos ligados à saúde (CLS; Calnan, 1985). Hábitos gerais ligados à saúde em seus vários aspectos, com origem no tipo de socialização na infância e adolescência, podem desenvolver uma atitude de cuidado com o corpo e de prevenção de possíveis danos; entre os comportamentos aprendidos pela mulher estariam o do exame ginecológico periódico e, possivelmente, a tendência à prevenção do câncer mamário.

Finalmente, segundo Ajzen (1988), a variável percepção de controle tem como origem a prática anterior do comportamento (PA); o conhecimento acerca do câncer do seio (CO) e o sentimento de competência para realizar o auto-exame da mama (AEM) foram considerados importantes por Stillman, (1977) e Celentano e Holtzman, (1983), respectivamente. O modelo finalmente obtido pode ser visto na Figura 1.

METODOLOGIA

Elaboração do Instrumento

Primeira etapa - levantamento das crenças

Seguindo a metodologia utilizada por Ajzen e Fishbein (1980), a construção do instrumento começou com um grupo de 67 mulheres, com idade de 18 a 60 anos, sendo a média de 31,7 e o desvio padrão de 10,99. Dentre elas 53,7 por cento viviam com um companheiro e 46,3 por cento viviam sós; 45,7 por cento delas tinham apenas o primeiro grau, 40,0 por cento tinham o segundo grau e 14,3 por cento nível superior. A maioria das mulheres não trabalhava (70 por cento).

As entrevistas foram realizadas em um hospital público de Brasília, com pacientes que esperavam atendimento em várias clínicas². Às mulheres entrevistadas foi perguntado quais as vantagens e desvantagens de realizarem o auto-exame da mama e quais as pessoas cuja opinião acerca deste comportamento seria importante para elas. As vantagens e desvantagens são consideradas crenças comportamentais (CC). As pessoas ou entidades mais citadas pelas respondentes, são consideradas como referentes, ligados às crenças normativas (CN).

² As autoras agradecem a contribuição de Nádja Barbosa da Cruz, aluna de Graduação em Psicologia, na primeira etapa da pesquisa.

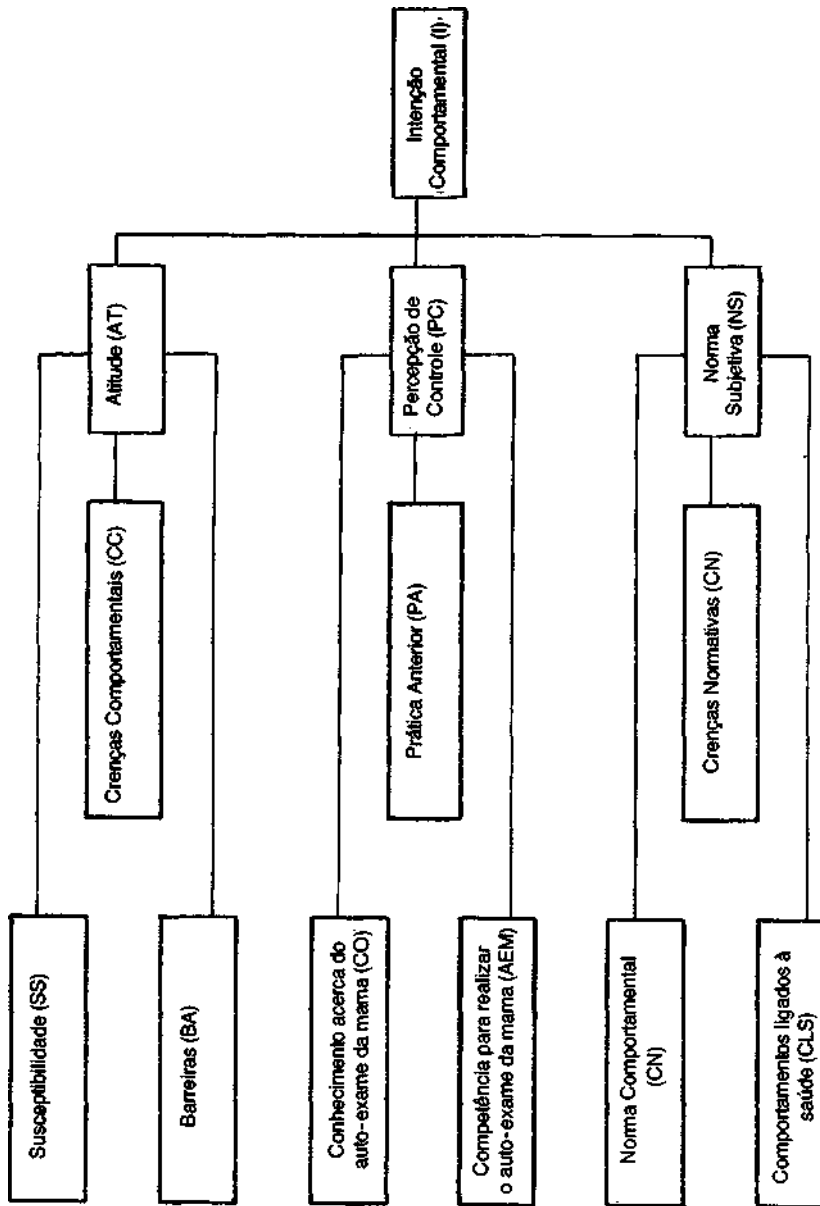


Figura 1 – Variáveis do modelo de ação planejada, adaptada de Ajzen (1988).

Foram obtidas cinco crenças comportamentais acerca do auto-exame da mama: 1. Supre a falta de realização deste exame por um médico; 2. Causa deformações nos seios; 3. Provoca a flacidez dos seios; 4. Permite descobrir o câncer enquanto curável; 5. Evita que o câncer se propague. Como principais referentes foram encontrados o médico, o marido e a família em geral. Tanto as crenças comportamentais como as normativas não apresentaram diferenças significativas ligadas à idade, vivência conjugal, atividade principal ou nível de escolaridade.

Segunda etapa - Construção do instrumento

Um questionário³ foi montado utilizando como itens as crenças comportamentais e normativas levantadas, cuja frequência de respostas foi superior a 25 por cento do total das respostas. Os itens para as crenças, bem como aqueles acerca da atitude, norma subjetiva e intenção foram elaborados obedecendo as instruções dos autores acerca da forma das escalas, todas de sete pontos, e da redação dos itens para as diversas variáveis do modelo (Ajzen e Fishbein, 1980). O mesmo tipo de escala foi usado na avaliação das possíveis barreiras ao auto-exame da mama. No caso das demais variáveis foi usada a escolha entre alternativas.

Sujeitos

O instrumento elaborado foi respondido por um novo grupo de 178 mulheres de 16 a 62 anos de idade, com média de 31,43 e desvio padrão de 10,31. Dentre as respondentes 40,8 por cento eram solteiras, 53,1 por cento casadas e 6,1 por cento separadas ou viúvas; 46,4 por cento delas não tinham filhos e 53,6 por cento tinham de 1 a 7 filhos. A escolaridade incluiu 19,7 por cento de mulheres com o primeiro grau, 29,8 por cento com o segundo grau e 50,6 por cento com o curso superior. A maioria (90,5 por cento) afirmou praticar alguma religião e 74,9 por cento declararam trabalhar fora. Estas características correspondem às do grupo usado na elaboração do instrumento quanto à idade e vivência conjugal, porém diferem quanto ao nível de escolaridade e atividade remunerada. Esta diferença tem como base a dificuldade inerente ao instrumento e pode ser justificada pelo fato das mesmas crenças comportamentais e normativas terem sido encontradas em ambos os grupos, independentemente das diferenças individuais das respondentes.

Procedimentos

Os questionários foram aplicados individualmente pelas segunda e terceira autoras. As respondentes foram procuradas em seus locais de trabalho ou residência, no Plano Piloto de Brasília. O material era confiado às pessoas interessadas, após explicação, sendo apanhado posteriormente num período de 24 a 72 horas. A recusa inicial atingiu cerca de 10 por cento, porém, uma vez tendo-se comprometido a responder a desistência foi pequena (8 por cento).

RESULTADOS

Descrição geral dos resultados

Os resultados serão inicialmente analisados de modo descritivo acompanhando

³ Cópia do questionário pode ser obtida com a primeira autora.

as variáveis na sua ordem no instrumento. Numa segunda fase, verificaremos as relações entre os vários elementos e o valor preditivo do modelo.

Os comportamentos relacionados à saúde

A variável comportamentos em relação à saúde (CLS) apresentou um quadro de certo interesse. Em geral, 81,0 por cento das mulheres consideram sua saúde como boa ou muito boa; 76,0 por cento delas vão ao médico pelo menos uma vez por ano e, nesta ocasião tiram a tensão arterial; 41,0 por cento fazem visitas de verificação periódica ao dentista e 70,5 por cento ao oculista, mesmo que não apresentem problemas dentários ou visuais. O grupo dividiu-se quanto à prática de exercícios físicos; 3,3 por cento o fazem por recomendação médica e 44,1 por cento por acharem saudável e/ou agradável, enquanto 51,0 por cento afirmam fazê-lo raramente ou nunca. No que diz respeito ao fumo, 51,3 por cento nunca fumaram, 20,1 por cento deixaram de fumar e 28,6 por cento fumam. Algum tipo de dieta é seguida por 9,4 por cento por recomendação médica e por 16,3 por cento sem esta recomendação; a maioria, 73,7 por cento não faz dieta. O exame ginecológico é feito ao menos uma vez no ano por 73,0 por cento das mulheres do grupo, porém a mamografia só foi realizada por 24,0 por cento.

Os dados acima mostram uma percepção favorável da própria saúde, não sentindo necessidade de fazer dieta. Comportamentos saudáveis são realizados pela maioria do grupo, tais como manter um controle médico anual, não fumar e fazer regularmente o exame ginecológico.

Variáveis de atitude em relação ao comportamento (AT)

A percepção da própria susceptibilidade ao câncer mamário (SS)

A percepção da própria susceptibilidade ao câncer mamário foi avaliada com dois tipos de pergunta; no primeiro exploravam-se os conhecimentos acerca da incidência do câncer nas mulheres em geral, qual a idade mais susceptível a esta doença, e quais as possibilidades de cura; o segundo tipo de questões, mais pessoais, indagava acerca de possíveis problemas nos seios, incidência do câncer mamário em parentes e a percepção da própria susceptibilidade à doença. As respostas podem ser vistas na Tabela 1.

Algumas crenças ligadas à percepção da susceptibilidade geral à doença foram levantadas; assim, 75,5 por cento das respondentes não crêem que todos os caroços no seio se transformem em câncer; quanto ao fato de ser solteira ou casada com filhos, de ter amamentado, de apalpar os seios, de ter passado pela menopausa, ou feito uma histerectomia, a crença de que estas situações estejam ligadas a maior probabilidade de um câncer da mama alcançou, no máximo, 20,0 por cento. Apenas 38,5 por cento das respondentes acreditam que o uso da pílula possa levar ao câncer mamário embora 44,7 por cento achem que este pode surgir em decorrência de uma pancada no seio.

Os resultados mostram que o risco da população feminina em geral é percebido pelas respondentes como maior que o próprio. A percentagem de risco na população está abaixo da média para 33,7 por cento subindo para 62,5 por cento no caso pessoal ($\chi^2 = 10,0$ p < 0,001).

Tabela 1 - Percepção da susceptibilidade (SS) ao câncer mamário: percentagens.

QUESTÕES GERAIS	QUESTÕES PESSOAIS
Probabilidade da mulher ter um câncer mamário:	Probabilidade de você ter um câncer mamário:
Abaixo da média = 33,7	Abaixo da média = 62,5
Acima da média = 13,3	Na média = 31,9
Não sei = 53,0	Acima da média = 5,6
A incidência do câncer mamário aumenta	Quantas parentas suas já tiveram câncer mamário?
Depois dos 20 anos = 7,9	Nenhuma = 85,7
Depois dos 30 anos = 23,8	Uma ou duas = 14,3
Depois dos 40 anos = 23,5	Três ou mais = 0,0
Depois dos 50 anos = 3,4	
Depois dos 60 anos = --	
Não sei = 31,4	
O câncer é uma doença;	Você já teve um problema nos seios?
Facilmente curável = 2,3	Sim = 15,6 Não = 84,4
Curável com tratamento = 44,5	
Curável com cirurgia = 36,9	
Incurável = 16,3	

Entre as 25 mulheres que mencionaram parentas já tendo tido um câncer da mama, 56 por cento consideram o risco de terem tal doença na média ou acima da média enquanto 44 por cento consideram este risco abaixo da média ou nenhum.

Esta variação entre os dois tipos de percepção de risco nos leva a refletir sobre a independência entre os conhecimentos gerais acerca do problema do câncer mamário e a percepção da própria susceptibilidade à doença.

As crenças comportamentais (CC) e barreiras ao comportamento (BA)

Para as crenças comportamentais diretamente ligadas ao auto-exame da mama e as barreiras que possam impedir a sua realização, os resultados podem ser vistos na Tabela 2.

Podemos constatar, através dos dados obtidos, que as crenças acerca do auto-exame são, em geral, favoráveis, sendo o comodismo, o esquecimento e a preocupação, as principais barreiras à aquisição deste hábito.

A atitude, variável teoricamente influenciada pelas acima descritas, foi considerada como favorável ao AEM já que 98 por cento das respondentes o consideraram útil e 59,2 por cento o viram como indispensável.

Variáveis relacionadas à norma subjetiva (NS)

O modelo usado atribui grande importância às crenças normativas (CN), tendência a valorizar a opinião das pessoas relevantes acerca de realizar ou não o comportamento. A maioria das mulheres (86,4 por cento) achou que o médico reco-

Tabela 2 - Crenças comportamentais e barreiras referentes à realização do auto-exame da mama: percentagens.

CRENÇAS; O AUTO-EXAME DA MAMA	Provável	Improvável	N
1. Supre a falta de exame médico	62,0	38,0	163
2. Causa deformações nos seios	10,0	90,0	170
3. Causa flacidez dos seios	11,3	88,7	176
4. Possibilita a cura do câncer	95,8	4,2	168
5. Evita que o câncer se propague	95,8	4,2	167
Barreiras à realização do auto-exame da mama:			
1. Preocupação	62,4	37,6	141
2. Esquecimento	69,5	30,5	141
3. Falta de tempo	44,7	55,3	143
4. Comodismo	73,9	21,1	142
5. Possibilidade de falso alarme	47,2	52,8	144
6. Vergonha de apalpar os seios	17,1	82,9	169
7. Falta de confiança no exame	42,2	57,8	142
8. O câncer é incurável	28,0	72,0	150

menda a prática do auto-exame da mama, sendo este comportamento também encorajado pela família (75,6 por cento) e pelo companheiro (69,9 por cento).

Outra variável que deve influenciar à norma subjetiva é o exemplo das amigas, ou norma comportamental (NC). Esta variável entretanto, parece, à primeira vista, não ter grande poder, pois 41,1 por cento das respondentes afirmam não ter amiga alguma que pratique o AEM e 41,0 por cento dizem que apenas 25 por cento das amigas o fazem.

O item referente à norma subjetiva (NS) que deve avaliar de um modo geral a influência das pessoas relevantes, mostra uma tendência de 89,8 por cento das respondentes a sentirem como favorável a opinião destas pessoas acerca da prática do auto-exame da mama.

Variáveis relacionadas à percepção de controle (PC)

Três variáveis foram consideradas como exercendo uma possível influência sobre a percepção de controle do comportamento: o conhecimento acerca do auto-exame da mama (CO), o sentimento de competência em relação a este comportamento (AEM) e a prática anterior do auto-exame, (PA). Os resultados obtidos nos itens referentes a estas variáveis aparecem na Tabela 3.

O item sobre a percepção de controle (PC) pergunta se a realização do auto-exame era fácil ou difícil: o comportamento foi considerado fácil por 73,9 por cento das respondentes e difícil por 26,1 por cento.

Finalmente a intenção comportamental apresentou 77,2 por cento das respondentes considerando provável a realização mensal do auto-exame da mama.

Tabela 3 —Variáveis ligadas à percepção de controle do comportamento: percentagens.

VARIÁVEIS	MEDIDAS	RESPOSTAS
Conhecimento do auto-exame (CO)	1. Ouviu falar do auto-exame?	Sim = 90,0 Não = 10,0
	2. Fonte do Conhecimento	Meios de comunicação = 45,8 Médico = 42,9 Amigas, Parentes = 6,5 Outros = 4,8
	3. Eficácia do auto-exame no diagnóstico	Sim = 75,6 Não = 24,4
Competência para fazer o auto-exame (AEM)	1. Tempo gasto em minutos	01 a 04 = 16,3 05 = 32,6 08 a 10 = 26,8 13 a 15 = 14,0 20 a 35 = 10,3
	2. Confiança em fazer corretamente o auto-exame	Total = 42,2 Relativa = 17,2 Falta informação = 38,2 Nenhuma = 2,4
Prática anterior (PA)	1. Já pratica?	Sim = 61,8 Não = 38,2
	2. Quem ensinou?	Médico = 48,3 Meios de comunicação = 34,3 Amigas, parentes = 4,9 Outros = 2,1 Ninguém = 10,4
	3. Frequência de realização do auto-exame	Nunca = 38,2 Cada 6 meses = 23,3 Cada 3 meses = 6,5 Mensalmente = 25,4 Cada 2 semanas = 0,2 Semanalmente = 4,6

Análise das relações entre as variáveis

Correlações foram calculadas entre todas as variáveis do instrumento, verificando as relações teóricas entre as variáveis do modelo usado pela Teoria da Ação Planejada e aquelas acrescentadas com base em outros autores. As influências previstas não foram confirmadas, sendo porém encontradas relações não previstas; uma imagem dos resultados obtidos pode ser vista na Figura 2.

As variáveis sentimento de susceptibilidade à doença (SS) e barreiras à realização do comportamento (BA), não exerceram influência apreciável sobre a atitude (AT), porém, estão relacionadas com a norma subjetiva, (NS). A atitude apresentou uma relação com o sentimento de competência acerca do comportamento (AEM).

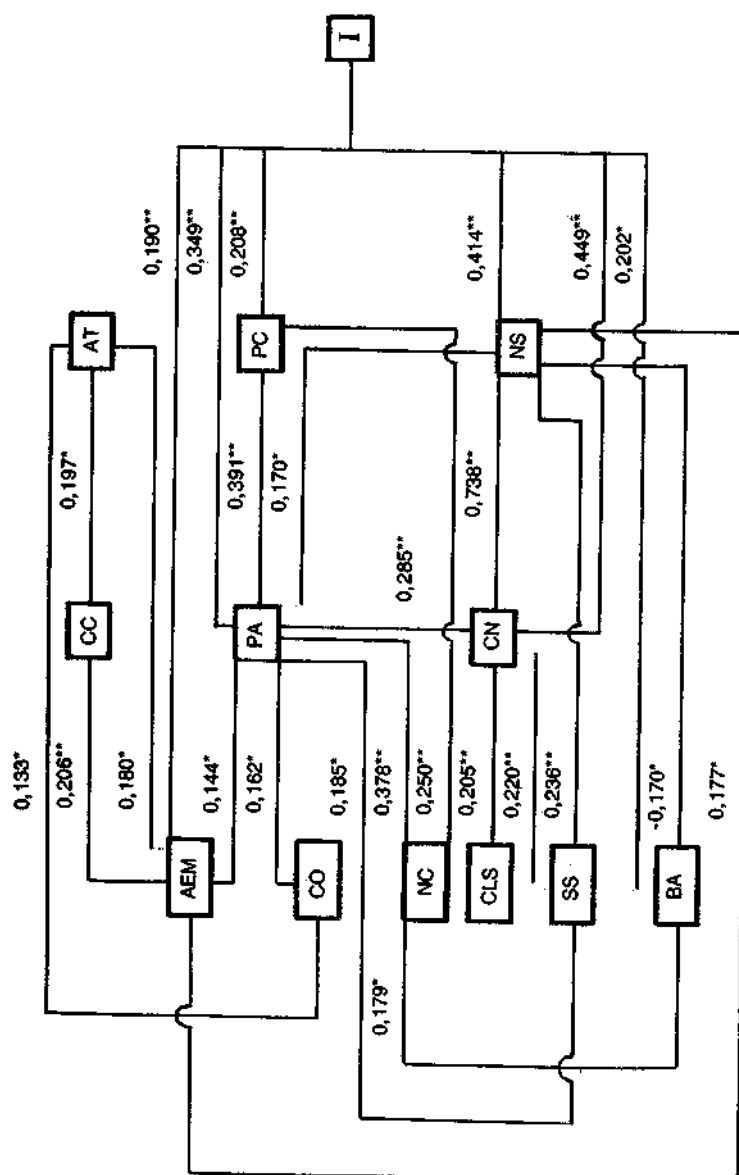


Figura 2 – Variáveis do modelo da teoria da ação planejada. Níveis de significância são indicados pelos asteriscos: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$ e *** = $p < 0,001$.

As variáveis associadas à percepção de controle (PC) aparecem ligadas diretamente à prática anterior (PA) e através desta última à percepção do controle (PC) e à intenção (I), tornando-se a prática anterior a variável principal do modelo.

As correlações significativas obtidas entre as variáveis pessoais de idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e situação de trabalho e as variáveis do modelo, revelam a prática anterior (PA) como uma variável central, apresentando ligações positivas com a idade, o nível de escolaridade, estado civil, o fato de ter filhos e de exercer uma atividade remunerada.

Uma regressão foi calculada tendo como variável dependente a intenção comportamental (I); o conjunto dos previsores da intenção pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4 - Regressão múltipla: previsores da intenção.

VARIÁVEIS	R Múltiplo	R ²	Beta	F	gl	P
Crenças Normativas (CN)	0,420	0,176	0,420	38,04	1;177	0,000
Prática Anterior (PA)	0,475	0,226	0,228	25,70	2;176	0,000
Norma Subjetiva (NS)	0,497	0,247	0,247	19,16	3;175	0,000

Três variáveis combinadas explicam 24 por cento da variância da intenção comportamental. Isto sugere que, para obter das pessoas o propósito de realizar o auto-exame da mama deve-se considerar a força da norma subjetiva, das crenças normativas e da prática anterior.

Análise das diferenças obtidas segundo o nível de prática do auto-exame da mama

O grupo de mulheres estudado foi dividido em dois, segundo as respostas dadas à pergunta referente à prática anterior do auto-exame; 110 mulheres já tinham realizado o exame e 68 delas nunca o tinham feito. As características pessoais foram comparadas, constatando-se que o grupo praticante é mais velho ($x^2 = 24,93$; $p = 0,001$), tem um nível educacional mais alto e, embora o número de casadas e solteiras seja equilibrado nos dois grupos, tem menos filhos, 40 por cento contra 57,4 por cento no outro grupo, ($x^2 = 5,022$; $p = 0,05$). O trabalho, embora mais freqüente entre as que não praticam o auto-exame, não diferenciou os grupos.

As diferenças entre os dois grupos de mulheres aparecem na percepção da própria saúde e em sete das 12 variáveis do modelo. A intenção de praticar o auto-exame da mama é significativamente mais alta no grupo que já tem esta experiência. A atitude, e as variáveis que a influenciam, tais como as crenças comportamentais e as barreiras do comportamento não distinguem as mulheres que praticam o AEM das que não o fazem. Apenas o sentimento de susceptibilidade, embora muito reduzido, é mais pronunciado nas mulheres que praticam o auto-exame. A norma subjetiva geral

não apresentou diferença, porém a opinião e o exemplo das pessoas significativas é mais importante para o grupo que realiza o AEM. Finalmente, a percepção do controle sobre o comportamento foi a única das variáveis principais, que diferenciou os grupos, sendo bem mais alta entre as que praticam o auto-exame. Estas diferenças podem ser vistas na Tabela 5.

Tabela 5 - Diferenças obtidas na percepção da própria saúde e variáveis do modelo segundo a prática do AEM.

VARIÁVEIS	MÉDIAS		z	P
	Praticam (N=110)	Não Praticam (N=68)		
PERCEPÇÃO DA SAÚDE	4,20	3,91	2,22	0,022
Intenção	6,16	5,19	2,60	0,004
Atitude	6,91	6,92	0,13	0,448
Norma subjetiva	5,28	4,93	0,84	0,200
Percepção de controle	6,28	4,50	4,58	0,000
Susceptibilidade	0,86	0,76	3,15	0,000
Crenças comportamentais	5,68	5,89	1,25	0,105
Barreiras	4,13	4,15	0,08	0,468
Crenças normativas	5,91	4,97	2,84	0,001
Norma comportamental	2,44	1,45	5,02	0,000
Conhecimento do AEM	0,98	0,83	2,09	0,018
Confiança no AEM	0,78	0,71	1,12	0,131

Análise de regressão para os dois grupos de mulheres.

Foram calculadas duas regressões independentes, uma para cada um dos grupos, segundo a prática ou não do auto-exame da mama; os resultados aparecem na Tabela 6.

Tabela 6—Regressão múltipla: preditores da intenção.

MULHERES QUE PRATICAM O AEM: N = 107						
Variáveis	R Múltiplo	R ²	Beta	F	gl	P
Norma subjetiva	0,491	0,241	0,491	34,31	1;108	0,000
Percepção do controle	0,564	0,318	0,283	25,00	2; 107	0,000
Confiança no AEM	0,602	0,362	0,212	20,11	3;106	0,007
MULHERES QUE NÃO PRATICAM O AEM: N = 68						
Crenças normativas	0,380	0,144	0,380	11,14	1;66	0,001
Escolaridade	0,532	0,283	-0,373	12,88	2; 65	0,000

Como pode ser visto, os preditores da intenção comportamental variam muito entre os dois grupos de mulheres; duas das variáveis principais do modelo, a atitude e a percepção de controle exercem influência muito maior no grupo que já pratica o auto-exame. Para as outras mulheres, apenas a opinião de pessoas significativas pesa na intenção, que está também sob a influência do nível de escolaridade das respondentes.

DISCUSSÃO

De um modo geral, as mulheres que responderam ao instrumento parecem constituir um grupo de pessoas bem informadas acerca de vários comportamentos ligados à saúde, possuindo hábitos saudáveis. O auto-exame da mama, como prevenção secundária do câncer, é amplamente conhecido através das informações fornecidas pelos médicos e pelos meios de comunicação. A distribuição das variáveis pessoais em relação à intenção de realizar ou não o auto-exame confirma alguns resultados de estudos anteriores. Assim, Huguley e Brown (1981) encontraram uma correlação positiva entre o nível de escolaridade e a prática do auto-exame; nosso estudo mostrou uma correlação negativa entre o nível de escolaridade e a ausência desta prática. Além disto, ao separarmos as mulheres que praticam o auto-exame das que não o fazem, constatou-se um nível de escolaridade significativamente mais baixo nestas últimas.

Foster e colaboradores (1978) encontraram uma correlação negativa direta entre a idade e a prática do auto-exame; nossos dados apresentam uma correlação negativa entre idade e comportamentos gerais de saúde para as mulheres que praticam o auto-exame. A variável comportamentos ligados à saúde está ligada à norma subjetiva que exprime a importância da opinião alheia podendo, através desta, influenciar a intenção comportamental. Os mesmos autores acentuam a insuficiência de fornecer conhecimentos acerca do auto-exame da mama para obter da mulher a sua prática. Nosso estudo mostrou que o conhecimento pode influenciar a atitude em relação ao auto-exame, porém, favorável ou não, a atitude parece não ter influência sobre a intenção de praticá-lo. A necessidade de programas intensos usando as mais diversas metodologias no treinamento das mulheres para a prática do auto-exame é defendida por Edwards (1980) e por Worden, Constanza, Foster Jr., Lang e Tidd (1983); o envolvimento pessoal e a metodologia utilizada são importantes na fixação do hábito de realizar o auto-exame.

Uma análise do modelo originário da teoria da ação planejada em sua aplicação aos dados obtidos mostrou o seu valor explicativo no esclarecimento das variáveis que contribuem para a intenção de realizar o auto-exame da mama. Duas das três variáveis principais do modelo, a norma subjetiva (NS) e a percepção de controle do comportamento (PC), influenciaram a intenção comportamental; a atitude (AT), favorável ou desfavorável ao comportamento, não teve influência sobre a intenção (I). O exame da Figura 2 nos mostra também que as variáveis teoricamente ligadas às três principais mantêm com elas correlações positivas; assim é o caso entre as crenças comportamentais (CC) e a atitude (AT), entre a prática anterior (PA) e a percepção de controle sobre o comportamento (PC), e entre as crenças normativas (CN) e a norma

subjetiva (NS). Ao se dividir o grupo inicial em dois subgrupos, mulheres que já praticam o auto-exame (68 por cento) e as que não o fazem (32 por cento), nota-se que no primeiro caso as relações relativas à percepção de controle (PC) e a norma subjetiva (NS) se mantém, permanecendo a última mesmo no caso das mulheres que não praticam o auto-exame.

O modelo utilizado começa a enfraquecer em sua capacidade explicativa quando passamos aos pressupostos que o ligavam às variáveis oriundas dos modelos de saúde. Considerando os resultados do grupo total, e comparando as previsões feitas na Figura 1 com os resultados obtidos na Figura 2, encontramos as barreiras (BA) ao comportamento e o sentimento de susceptibilidade ao câncer (SS) desligados da atitude (AT) e ligados à norma subjetiva (NS). Talvez seja a opinião alheia que acentue o sentimento de risco e ajude a desfazer certas barreiras em relação à prática do auto-exame. A norma comportamental (NC), isto é, o exemplo das amigas, além de estar ligada à norma subjetiva (NS) apresenta uma forte correlação positiva com a prática anterior (PA). Não havendo direcionamento na relação tanto o exemplo pode levar ao aumento da prática, como esta pode levar ao desejo de convencer outras mulheres a adotá-la.

Uma conclusão que pode ser estabelecida é o valor da aprovação de pessoas importantes, o médico, o marido e a família na intenção de realizar o auto-exame; mesmo no caso das mulheres que não o praticam, este encorajamento é importante, sendo o único elemento do modelo a aparecer na regressão.

A busca da metodologia mais eficaz a ser utilizada nos programas de prevenção tem sido objeto de várias pesquisas. Segundo Worden e colaboradores (1983) o contexto pode ser mais importante que o conteúdo neste tipo de programas; os autores acentuam a necessidade de maior conhecimento dos sentimentos das mulheres acerca de conversas sobre os assuntos referentes ao corpo e da sua capacidade de envolvimento nestes assuntos. A imagem do corpo vivenciada pelas mulheres poderá ser um elemento útil na planificação das campanhas para a implantação do auto-exame da mama.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned action. Em J. Kuhl e J. Beckmann. (Orgs.) *Action Control*. New York: Springer Verlag.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. Em L. Berkowitz. (Org.) *Advances in social psychology*, (vol. 20). New York: Academic Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes personality and behavior*. Milton Keynes, G.B.: Open University Press.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey.: Prentice-Hall.
- American Cancer Society (1980). Cancer of the breast. *C.A.: A Cancer Journal for Clinicians*, 30, 224-229.

- Backer, L. (1982). Breast cancer detection project: Five years summary report. *C.A.: A Cancer Journal for Clinicians*, 32(4), 194-225.
- Calnan, M. (1985). Patterns in preventive behavior: a study of women in middle age. *Em Social Science Medicine*, 20(3), 263-268.
- Celentano, D., & Holtzman, D. (1983). Breast self-examination competency: An analysis of self-reported practice and associated characteristics. *American Journal of Public Health*, 73(11), 1321-1323.
- Edwards, V. (1980). Changing breast self-examination behavior. *Nursing Research*, 29(5), 301-306.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Readings. Mass: Addison-Wesley.
- Foster, R.S., Lang, S.P., Constanza, M. C, Worden, J. K., Haines, C.R., & Yates, J. W. (1978). Breast self-examination practices and breast cancer stage. *The New England Journal of Medicine*, 299(6), 265-270.
- Greenwald, P., Nasca, P.C., Lawrence, C.E., Horton, J., McGarrah, R.P., Gabriele, T., & Carlton, K. (1978). Estimated effect of breast examination and routine physician examinations on breast cancer mortality. *The New England Journal of Medicine*, 299(6), 271-273.
- Grube, J., Morgan, M., & McGee, T. (1986). Attitudes and normative beliefs as predictors of smoking intentions and behaviors: A test of three models. *Journal of Psychology*, 25, 81-93.
- Hill, D., Gardner, G., & Rassaby, J. (1985). Factors predisposing women to take precautions against breast and cervix cancer. *Jornal of Applied Social Psychology*, 15(1), 59-79.
- Howe, H.L. (1981). Social factors associated with breast self-examination among high-risk women. *American Journal of Public Health*, 71, 251-255.
- Huguley, C M., & Brown, R. L. (1981). The value of breast self-examination. *Cancer*, 47, 989-995.
- Jacob, T., Penn, N. E., & Brown, M. (1989). Breast self-examination: Knowledge, attitudes and performance among black women. *Journal of the National Medical Association*, 81,769-776.
- Ronis, D., & Kaiser, M. (1989). Correlates of breast self-examination in a sample of college women: Analysis of linear structural relations. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(13), 1068-1084.
- Sattin, R. W., Rubin, G. L., Webster, LA., Huezo, C M., Wingo, P. A., Ory, H. W., & Layde, P. M. (1985). Family history and the risk of breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 253(13), 1908-1913.
- Stachnick, T. J. (1980). Priorities for psychologist in medical education and health care delivery. *American Psychologist*, 38(1), 8-15.
- Stillman, M. J. (1977). Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination. *Nursing Research*, 26(2), 121-127.

Worden, J. K., Constanza, M., Foster Jr., R., Lang, S., & Tidd, C (1983). Content and context in health education: Persuading women to perform breast self-examination. *Preventive Medicine*, 12, 331-339.

Recebido em 22.02.91.

Aceito em 20.01.92